

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

477
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Geneviève GAULIER-FAGNIÈRE

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 30 Juillet 1904 à Saint-Mihiel (Meuse).

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
RESTAURATEUR DE LA PERMÉABILITÉ TUBAIRE
DANS LES SALPINGITES

(Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital Cochin)

(Professeur DELBET)

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Geneviève GAULIER-FAGNIÈRE

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 30 Juillet 1904 à Saint-Mihiel (Meuse)

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
RESTAURATEUR DE LA PERMÉABILITÉ TUBAIRE
DANS LES SALPINGITES

(Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital Cochin)

(Professeur DELBET)

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiatrie
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 CHAVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTEP Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

REITTERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON MARI

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LEVEUF

*En témoignage de reconnaissance
et de profond attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL BRULÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. WIDAL

M. LE PR. AGRÉGÉ PASTEUR VALLERY-RADOT

Internat provisoire :

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUQUIN

MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

Internat titulaire :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ECALLE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

JACQUES LEVEUF

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BASSET

AUX DOCTEURS : ÉTIENNE MAY, RENÉ MOREAU,
AMELINE

PROFESSEUR AGRÉGÉ F. D'ALLAINES

INTRODUCTION

Le but que l'on se propose d'atteindre en traitant une salpingite aiguë est double :

— C'est au 1^{er} chef de guérir les phénomènes inflammatoires.

— C'est ensuite de conserver, si possible, les fonctions génitales et tout particulièrement la fonction de reproduction.

Le traitement médical employé de prime abord dans la plupart des cas, donne, s'il est prolongé, et rigoureusement suivi, la guérison d'un grand nombre de salpingites ; mais, chez les malades guéries, on trouve dans les statistiques, une proportion assez faible, de cas, où la fonction de reproduction a pu être conservée.

Le traitement chirurgical vient pallier aux échecs du traitement médical.

Le traitement radical : l'hystérectomie, met fin aux phénomènes inflammatoires. Cette opération courante donne, au point de vue social, des résultats immédiats et définitifs.

L'hystérectomie fut pendant longtemps et reste

encore pour beaucoup d'auteurs le seul traitement chirurgical.

Dans le courant des dernières années, elle était pratiquée sur une très large échelle. Mais la castration de femmes qui sont jeunes pour la plupart, comporte parfois de sérieux inconvénients. De là est née une réaction en faveur de la chirurgie conservatrice dont nous allons rappeler succinctement les grandes étapes du développement.

Les premiers essais de chirurgie conservatrice remontent en France à 1884 (TERRILLON, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE). Dès 1910, les discussions s'engagent à son sujet.

En 1925, on s'intéresse à la restauration de la perméabilité tubaire : l'insufflation des trompes, la radiographie après injection de lipiodol permettent une exploration plus rigoureuse de la perméabilité tubaire.

GONILLOUD, en 1914, publie un cas de grossesse, après salpingolyse. LABRY dans sa thèse (1926) apporte la première statistique d'opérations conservatrices.

Au Congrès de Chirurgie de 1926, la chirurgie conservatrice est mise à l'ordre du jour. Le rapport de ROUVILLE et MOCQUOT marque une étape importante de la chirurgie des annexes.

Toutes les observations conservatrices y sont envisagées depuis la conservation de la sécrétion interne de l'ovaire, la conservation de la menstruation jusqu'à la conservation de la fonction de reproduction.

Ces opérations sont pratiquées après un refroidissement complet des lésions, ayant demandé au moins un an de traitement médical. L'introduction de la vaccinothérapie, les résultats indéniables du propidon facilitent les interventions conservatrices et augmentent les chances de succès.

Depuis le Congrès de Chirurgie de 1926, de nombreuses statistiques de chirurgie conservatrice après un traitement médical prolongé ont été publiées. Elles se sont montrées décevantes. Notre maître, le Dr J. LEVEUF, envisageant essentiellement la chirurgie restauratrice de la perméabilité tubaire a fait également des opérations conservatrices après un long traitement médical : les résultats en ont été franchement médiocres, il n'a observé aucune grossesse par la suite.

Ayant été amené, dans quelques cas, à opérer précocement des salpingites bilatérales graves, moins de 3 mois après le début des phénomènes inflammatoires, il a pu :

1^o Constater une grande facilité technique pour libérer les adhérences et rétablir la perméabilité des trompes.

2^o Enregistrer des résultats post-opératoires meilleurs, en particulier, des grossesses ultérieures.

Dès lors, il a été conduit à faire de parti pris des interventions précoces pour essayer d'accroître les chances de conservation des fonctions tubaires. Mais ces opérations n'ont été tentées que dans des salpingites graves, bilatérales, ayant entraîné une

rétroversion fixée de l'utérus. Ces formes, tout le monde le reconnaît, résistent au traitement médical, donnent des douleurs persistantes et entraînent presque toujours la stérilité.

Dans ce travail, nous détaillerons et commenterons les observations qui ont fait l'objet d'une communication de M. LEVEUF à la Société Nationale de Chirurgie, le 3 février 1932 et nous essayerons de mettre en lumière certains faits moins étudiés qui justifient cette chirurgie restauratrice.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Dans ce chapitre, nous étudierons point par point les lésions du péritoine et les lésions de la trompe.

Nous comparerons les résultats des constatations faites sur le vivant, au cours d'interventions précoces, pour salpingites aiguës, moins de trois mois après le début des phénomènes inflammatoires, aux données classiques résultant de l'examen de pièces d'hystérectomie ou vérifiées au cours d'interventions conservatrices pour salpingites anciennes.

De cette étude, nous éliminerons :

Les salpingites catarrhales trop légères pour mériter une intervention.

Les salpingites s'accompagnant de gros pyosalpinx bilatéraux où toute idée de conservation est illusoire.

Pour n'envisager essentiellement que les lésions en rapport avec les formes anatomo-pathologiques, où les tentatives de conservation donnent quelques chances de succès.

Nous étudierons, ainsi qu'elles se présentent au cours d'une intervention :

1^o *Les lésions péritonéales* en envisageant successivement :

- a) la position des trompes,
- b) les adhérences péritonéales.

2^o *Les lésions de la trompe :*

- a) au niveau de ses orifices,
- b) du conduit lui-même.

Les lésions ovariennes n'ont qu'un intérêt accessoire ; elles sont d'ordinaire minimales dans les formes que nous envisageons ; elles ne se sont jamais opposées à une tentative de conservation.

I. Les lésions péritonéales

a) LA POSITION DES TROMPES

Normalement, l'orifice ampullaire de la trompe de Fallope est suspendu au-dessus de la fossette rétro-ovarienne et du cul-de-sac de Douglas.

Lorsque les annexes sont envahies par l'inflammation, elles ont tendance à tomber dans le Douglas, et à l'intervention, en effet, on ne voit pas d'emblée les trompes. Elles sont recouvertes par le mésosalpynx dans lequel elles sont en quelque sorte enroulées et le premier geste opératoire consiste à les dégager de ces adhérences.

Dans certains cas particulièrement graves, l'utérus s'est mis en rétroversion ; les adhérences inflammatoires l'ont fixé au péritoine, du Douglas. Les annexes sont enfouies derrière l'utérus, elles sont recroquevillées. Dans les vieilles salpingites où les adhérences sont extrêmement serrées, le décollement des an-

nexes derrière l'utérus entraîne un suintement hémorragique qui limite les possibilités de conservation.

Cette situation des annexes derrière un utérus en rétroversion adhérente est grave ; elle entraîne une oblitération fréquente de l'orifice abdominal des trompes. Nous verrons qu'elle constitue une indication majeure à la chirurgie restauratrice précoce.

b) LES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES

Les adhérences péritonéales constituent la lésion péritonéale primordiale.

Elles se font le plus fréquemment avec la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges ; avec le rectum en arrière.

L'épiploon, le grêle peuvent adhérer aux trompes, mais il faut bien dire que lorsque ces adhérences à l'intestin sont très étendues, toute tentative de conservation est impossible.

Adhérences anciennes. — Dans les salpingites anciennes ces adhérences ont un caractère particulier. « Elles sont presque toujours extrêmement serrées et souvent très vasculaires. C'est d'ordinaire une fusion de la paroi salpingienne avec les organes voisins » (DELBET, *Suppurations pelviennes*, p. 49).

Ces adhérences anciennes se présentent comme des toiles minces, d'un blanc brillant, et semblent parfois

ne devoir offrir aucune résistance. En réalité, elles sont extrêmement serrées, ne se laissent pas détacher; elles résistent au niveau de certaines bandelettes. On ne peut pas les libérer sous la simple pression du doigt et en essayant de les rompre on risque de déchirer les organes sur lesquels elles s'insèrent.

« Souvent tout plan de clivage a disparu, la séparation des organes est impossible » (FORGUE et MASSABIAU, p. 662).

Au cours d'interventions conservatrices pour salpingites anciennes, l'existence de ces adhérences serrées a été vérifiées. Elles ont limité la possibilité de conservation en forçant à sculpter les annexes au bistouri dans ce bloc fibreux.

Un fragment d'adhérence membraneuse ancienne prélevé a été examiné histologiquement. L'examen microscopique a montré que cette adhérence est organisée, formée par du tissu conjonctif solide; elle est revêtue de tissu péritonéal et des vaisseaux la traversent.

Ces adhérences, non seulement sont serrées, mais elles sont encore *vasculaires*. Lorsqu'on a réussi à les détacher, elles donnent un suintement hémorragique en nappe. Ce suintement qu'on ne peut arrêter sera à la base de nouvelles adhérences post-opératoires, plus marquées qu'avant.

Nous avons constaté cette reproduction des adhérences dans des opérations itératives pour salpingites anciennes dont les observations ont été publiées dans la thèse de PINTO, 1931.

Entre ces adhérences, on peut trouver des sortes

de petites loges contenant du liquide clair ou trouble parfois même franchement purulent.

Adhérences jeunes. — Au contraire, au cours des opérations précoces que nous publions, pratiquées moins de trois mois après le début, on a constaté des lésions d'allure bien différente : Les adhérences avaient bien la même disposition générale : toiles minces recouvrant les organes. Mais elles étaient rouges, gluantes. La simple pression du doigt suffisait à les rompre et il n'en résultait aucune hémorragie. Les organes pouvaient être libérés facilement, sans déchirures.

L'important est de savoir si des adhérences ainsi détruites ne se reproduisent pas.

L'expérience a montré qu'il en est ainsi lorsqu'on empêche les annexes libérées de retomber dans le cul-de-sac de Douglas dont le péritoine est altéré. Nous verrons qu'une hystéropexie suffit à cela.

Du point de vue anatomique, on a constaté dans 2 cas, au cours d'opérations itératives que des adhérences étendues qui avaient été ainsi libérées ne s'étaient nullement reproduites. Nous insisterons sur ces faits qui représentent à nos yeux des documents d'une importance réelle.

Enfin, on a été amené à ouvrir, au cours de la libération, des collections contenues entre ces adhérences lâches. Ces collections, même purulentes, n'ont empêché nullement les tentatives de conservation. Le pus se montre d'ordinaire aseptique

(observation XV). Le drainage du péritoine n'est nullement indiqué. Les résultats ont été excellents.

De ces différentes constatations, on peut retenir :

Qu'aux adhérences serrées, vasculaires des salpingites anciennes, écueil de la chirurgie conservatrice, s'opposent les adhérences lâches et fragiles des salpingites relativement récentes.

Que ces adhérences sont particulièrement serrées et étendues dans les rétroversions fixées.

Comme dans les formes traitées au début, le péritoine du Douglas où les adhérences étaient très abondantes, reste un péritoine altéré, il est nécessaire de maintenir par une hystéropexie solide les organes libérés à distance de ce péritoine pour éviter la reproduction des adhérences.

II. Les trompes

a) LES ORIFICES DES TROMPES

1) *Etat de l'orifice utérin.* — Il semble que l'orifice utérin de la trompe reste fréquemment ouvert alors même que l'orifice abdominal est fermé.

ALBERS donne 9 cas de fermeture de l'ostium utérin contre 35 cas de fermeture de l'ostium abdominal. « REYMOND, sur 94 trompes étudiées à ce point de vue n'en a pas trouvé une seule obturée » (FORGUE, p. 651).

D'après les descriptions classiques, on peut ad-

mettre qu'à une trompe peu distendue corresponde très souvent un ostium utérin perméable.

Les grosses quantités de liquide tubaire correspondent à des ostium fermés.

En ce qui concerne nos observations, l'état de l'orifice utérin n'a jamais été vérifié ni avant, ni au cours de l'intervention. Il eût fallu cathétériser la trompe ce qui est une manœuvre nuisible. Mais comme les trompes conservées n'étaient jamais très distendues, l'ostium utérin avait bien peu de chances d'être obstrué.

Par contre, les constatations post-opératoires apportent une preuve de la rareté des oblitérations de l'orifice utérin. Les injections de lipiodol permettent en effet de se rendre compte si la substance opaque franchit l'ostium utérin.

Sur 13 cas d'opérations précoces, 12 fois le lipiodol a franchi l'ostium utérin dans les trompes conservées. Dans un seul cas l'utérus contracté refoulait le lipiodol empêchant ainsi de pousser l'injection dans la trompe et le résultat a été douteux.

Sur 16 cas d'intervention tardives, quatre fois le lipiodol s'est arrêté à l'ostium utérin.

Cette division en opérations précoces et tardives a été conservée dans cet exposé anatomique parce que d'après ces résultats on pourrait conclure que cette oblitération ne risque de se produire que dans des lésions anciennes où une intervention n'a pas mis l'organe dans des conditions meilleures de guérison.

2) *Etat de l'orifice abdominal.* — L'orifice abdominal se ferme assez vite dans un grand nombre de salpingites. Il se ferme par différents mécanismes qui ont été étudiés en détail.

« Tantôt on trouve sur la partie culminante d'un kyste tubaire une sorte d'ombilic fermé, entouré de franges raccourcies... L'oblitération s'est faite par fusion de la face muqueuse des trompes du pavillon. »

« Dans d'autres cas l'adhérence se produit entre la face séreuse des franges repliées en dedans. »

« Dans d'autres cas, c'est l'ovaire lui-même qui ferme le pavillon » (DELBET, p. 50-51).

GRYNFELT et FORGUE simplifient et réduisent à deux mécanismes essentiels le mode de fermeture du pavillon tubaire :

1^o Ou bien il y a destruction de la muqueuse et rétraction cicatricielle.

2^o Ou bien il y a englobement des franges du pavillon par des adhérences péritonéales.

D'après les constatations faites à l'intervention nous avons vu également deux modes de fermeture abdominale de la trompe :

1^o *La rétraction cicatricielle* de la muqueuse détruite, aboutissant à la « trompe cachetée ».

Dans les cas où ces trompes cachetées ont été extirpées, M. LEVEUF a constaté la gravité de ces oblitérations : on voit les franges du pavillon recroquevillées et adhérentes aux parois de l'ampoule, donner des images de formation kystique entre leurs différents replis.

Cette lésion cicatricielle a été constatée dans les salpingites anciennes, toute libération des franges à été impossible et pour rétablir la perméabilité tubaire il a fallu faire une salpingostomie.

L'existence de ces lésions cicatricielles comporte un pronostic grave.

On connaît la tendance indéfiniment rétractile des tissus de cicatrice. Cela explique que très souvent les orifices des salpingostomies pratiquées sur un pareil terrain se rétrécissent et s'oblitérent après l'opération.

2° *L'oblitération par adhérences péritonéales.* Il s'agit parfois d'adhérences à l'ovaire, qui ferment complètement le pavillon de la trompe. Dans le pavillon dilaté se collecte du liquide sous tension, ce qui prouve l'imperméabilité de ces adhérences. Ou bien, ce sont des néo-membranes qui coiffent le pavillon. Celui-ci a l'air complètement oblitéré, mais lorsque par des pressions douces on peut dégager ces adhérences, les franges apparaissent, on les voit se dérouler et le pavillon reprend son aspect normal. A une période précoce, les franges peuvent donc être libérées doucement soit en les détachant si elles sont agglutinées, soit en détruisant les adhérences qui les unissent entre elles ou aux organes voisins tels que l'ovaire. C'est ce que GOUILLOU appelle le « salpingolysis ».

De ces données on peut conclure que la « trompe cachetée » est une lésion ancienne, cicatricielle qu'on ne saurait voir dans les salpingites au début. Dans les

salpingites relativement récentes, le déroulement des franges doit être fait avec une extrême douceur et l'on doit prendre un soin tout particulier à dérouler la grande frange tubo-ovarique. VILLARS et LABRY ont montré son importance. Cette frange qui va de la partie inférieure de l'ampoule à l'extrémité externe de l'ovaire semble être la conductrice de l'ovule. Recouverte comme les autres franges d'un épithélium à cils vibratiles, elle se continue par le ligament tubo-ovarique qui peut être également tapissé d'un épithélium à cils vibratiles.

Il faudra donc apporter une grande douceur de doigt dans ces manœuvres essentielles de salpingolyse.

En résumé, on peut dire que l'ostium utérin est rarement fermé si l'on intervient précocement. L'ostium abdominal est, au contraire, rapidement fermé et d'une manière souvent définitive. Il en résulte que dans les tentatives de chirurgie restauratrice on est autorisé à négliger complètement la perméabilité de l'orifice utérin sans compromettre le résultat final des opérations.

b) L'ÉTAT DU CONDUIT TUBAIRE

Le phénomène caractéristique des salpingites est l'augmentation de volume de la trompe.

Nous étudierons successivement :

le contenu de la trompe ;

la paroi de la trompe.

1^o *Le contenu de la trompe.* — Les anciens auteurs avaient étudié la manière dont la trompe se dilatait au cours d'une rétention et ont observé que la dilatation portait sur les $\frac{2}{3}$ externes alors que le $\frac{1}{3}$ interne était peu dilaté ce qui ne veut pas dire que cette portion ne soit pas lésée histologiquement.

Dans cette cavité on peut trouver du liquide qui va du liquide séro purulent jusqu'à du pus franc. Dans les cas de chirurgie conservatrice que nous rapportons la dilatation était nulle ou très modérée. Le pyosalpynx vrai était à notre avis une indication d'exérèse, néanmoins les trompes contenaient du liquide en rétention dans la cavité ampullaire. Ce liquide est d'importance accessoir car lors même qu'il s'agissait de pus franc, l'examen montra qu'il était amicrobien. C'est une notion connue depuis longtemps, mais importante car elle justifie la chirurgie conservatrice sans drainage même dans les cas de pus franchement collecté.

b Les parois de la trompe. — Nous ne pouvons apporter quant à l'état des parois aucun fait nouveau. Les classiques insistent sur ce point que les lésions muqueuses semblent moins marquées que les lésions interstitielles et qu'elles sont plus tardives. Au cours des interventions pratiquées la trompe était souple sans lésions interstitielles probables dans certains cas ; dans d'autres, la trompe était infiltrée uniformément ou par des nodules.

Ces nodules seraient suivant les classiques formés

par la tunique musculieuse altérée. Ils bombent dans la lumière de la trompe, rétrécissent le canal. Il serait intéressant de savoir si ces nodules oblitérent complètement la trompe à un moment donné.

Dans une de nos observations de cas récents on a fait une castration unilatérale et de l'autre côté on a laissé une trompe qui présentait un nodule dans sa portion isthmique et pourtant cette trompe était perméable puisque il se produisit une grossesse ultérieure (observation XVII).

Dans un cas ancien, au contraire, on note un arrêt du lipiodol du côté d'une trompe nodulaire (observation XXIII, thèse de Pinto).

Dans l'ensemble, l'exploration post-opératoire de la perméabilité tubaire au moyen du lipiodol a établi en toute clarté le fait suivant : Que la trompe ait été infiltrée dans son ensemble ou que la trompe ait présenté des nodules, la perméabilité de la trompe était rétablie dans les cas où la salpingite avait été opérée précocement. On en peut conclure que ni l'infiltration pariétale diffuse, ni l'infiltration nodulaire ne provoque une oblitération réelle de la lumière de la trompe.

Mais qu'une trompe soit perméable à une injection de lipiodol, cela ne nous renseigne nullement sur la valeur fonctionnelle de ses parois.

Aussi ferons-nous les réserves suivantes :

Une trompe infiltrée risque d'avoir une tunique musculaire lésée et par suite un pouvoir de con-

tractilité incompatible avec des fonctions physiologiques normales . Une trompe distendue pendant longtemps a des parois (muqueuse et tunique musculaire) atrophiées également impropres à la fonction physiologique.

Et c'est là un gros avantage des interventions précoces qui, en mettant fin à l'état de distension tubaire, empêchera l'apparition de ces lésions parétales de la trompe.

De ces données anatomo-pathologiques il ressort :

Que du point de vue de la chirurgie conservatrice il faut tenir compte presque exclusivement des lésions péritonéales.

C'est contre elles qu'est conduite l'intervention : libération de la trompe et rétablissement de la perméabilité de l'ostium abdominal. Pour éviter la reproduction des adhérences, les trompes seront isolées du péritoine altéré, mises dans un milieu sain, parmi les anses grêles saines, par une hystéropexie.

L'anatomie pathologique a montré les qualités des adhérences anciennes, les difficultés qu'elles entraînent au cours de leur libération et au contraire le peu de résistance qu'offrent les adhérences récentes. De ces constatations découle évidemment l'idée de la chirurgie restauratrice précoce.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

L'étude anatomo-pathologique que nous venons de faire, ne tient aucun compte du facteur étiologique des salpingites.

On sait que le gonocoque est le microbe le plus souvent en cause.

Après lui vient le streptocoque, dans les salpingites post-partum ou post-abortum. Enfin, des germes variés, isolés ou associés aux précédents dans les vieilles salpingites peuvent être retrouvés : coli-bacille, pneumocoque, enterocoque.

Est-ce que des formes anatomo-pathologiques précises correspondent à une variété de microbe donnée ?

Les classiques sont formels sur ce point : on ne trouve dans les traités aucune description de formes anatomiques correspondant à une étiologie donnée.

Bien au contraire, DELBET et FORGUE rejettent toute classification étiologique des lésions anatomo pathologiques. « Pour qu'elle ait (la classification

étiologique) un véritable intérêt il faudrait qu'à une étiologie donnée correspondît fatalement une lésion déterminée avec des symptômes spéciaux et une évolution caractéristique... Or s'il en est ainsi pour la tuberculose, l'actinomycose, pour la syphilis qui engendrent des lésions typiques, en est-il de même pour la blennorrhagie, je ne le pense pas. » (DELBET, p. 54).

MÉTIVET s'est élevé contre cet abandon de l'anatomie pathologique basée sur l'étiologie (*Société nationale de Chirurgie, séance du 17 février 1932*).

Il oppose d'une façon formelle : les salpingites à streptocoque aux salpingites à gonocoque.

« Le streptocoque frappe superficiellement les muqueuses, assez fortement le péritoine, énergiquement le système lymphatique. »

« Le gonocoque frappe fortement les muqueuses, légèrement le péritoine, et respecte le système lymphatique. »

MOULONGUET émet les mêmes idées.

Ces distinctions basées sur l'analogie raisonnée d'observations cliniques, sont en partie justes. Mais M. LEVEUF pense qu'elles ont le tort de confondre deux variétés de lésions anatomo-pathologiques qui peuvent être et sont de fait très différentes.

Le gonocoque n'aime guère les voies lymphatiques. C'est là un fait admis en général (sans préjuger de la pathogénie des propagations de l'infection par la voie muqueuse).

Mais dire que le gonocoque frappe légèrement le

péritoine est certainement inexact. Les lésions de pelvi-péritonite gonococcique sont caractérisées par ces adhérences membraneuses, en voile, brillantes, renforcées en certains points par des sortes de bandellettes résistantes. Ce fait sur lequel insistait M. DELBET, dans son enseignement, est facile à constater et nous l'avons vérifié à de multiples reprises.

Aucun auteur n'attire l'attention sur ces lésions bien spéciales. Il est vrai que les descriptions ont été faites à une époque où l'on ne se plaçait pas au point de vue de la chirurgie conservatrice et par conséquent, la nature de ces adhérences passait au second plan.

Le streptocoque infecte volontiers les grosses voies lymphatiques. Il s'agit alors d'une lésion bien particulière de lymphangite tronculaire qui dans les formes graves aboutit au phlegmon de la gaine hypogastrique (phlegmons du ligament large de certains auteurs).

Dans les formes légères, cette lymphangite peut sans doute donner des lésions en « feu de paille » : le premier jour on croit constater les signes d'une infection pelvienne grave, mais ils cèdent rapidement sous l'influence du traitement médical et de la vaccinothérapie, sans laisser de séquelles.

Par contre, le streptocoque est capable de frapper, aussi la trompe et le péritoine, et lorsqu'il les frappe il peut donner des lésions graves aboutissant à des adhérences péritonéales, et à l'altération des parois des trompes, de la même façon que le ferait le gonocoque.

Du reste :

LECÈNE insiste sur la gravité des salpingites post-abortum. « Elles ne guériraient presque jamais » LECÈNE, LERICHE, p. 56.

COTTE parle également de la gravité de certaines salpingites post-abortum ayant entraîné une stérilité définitive.

Nous avons pu constater au cours des interventions des lésions importantes des trompes dans les salpingites à streptocoque.

Nos observations comportent des faits de salpingites bilatérale graves, vérifiées au cours d'interventions, où les lésions étaient vraisemblablement dues au streptocoque, puisqu'il s'agissait de salpingites post-abortum. Dans les salpingites récentes qui font l'objet de cette étude, nous pouvons citer plusieurs cas qui ressortissent à cette étiologie, et disons tout de suite que ces salpingites à streptocoque ne comportent pas, sans appel, le pronostic grave énoncé par LECÈNE, puisque un de nos cas de salpingite à streptocoque a été suivi ultérieurement de grossesse.

Nous pensons donc que l'on ne peut pas porter un pronostic au sujet de la perméabilité des trompes en se basant uniquement sur l'étiologie. Chaque microbe est capable avec une fréquence plus ou moins grande, d'engendrer des lésions graves de salpingite.

LES INDICATIONS DE LA CHIRURGIE RESTAURATRICE PRÉCOCE DANS LES SALPINGITES

Ce chapitre comprendra :

1^o L'exposé de la conduite thérapeutique suivie par M. LEVEUF dans les salpingites bilatérales, graves avec rétroversion fixée de l'utérus, dont nous publions les observations.

2^o L'exposé des résultats obtenus ;

3^o Ces résultats seront comparés aux résultats fournis par les autres méthodes de traitement.

I. Traitement — technique opératoire

Les malades étaient envoyées en principe pour être opérées de leur salpingite ; mais avant de poser les indications opératoires, les malades étaient soumises pour ainsi dire, sans exception, au traitement médical suivant :

1^o *Repos absolu au lit*, grandes injections vaginales chaudes, lavements chauds à garder. Accessoirement, vessie de glace sur le ventre.

2^o *Et surtout vaccination par le propidon.* — Le traitement des salpingites par les vaccins a été employé pour la première fois dans le service du Professeur DELBET. Tout de suite, les résultats s'en sont montrés très satisfaisants et nous voulons reproduire ici les quelques lignes que le Professeur DELBET a consacré au traitement des salpingites, dans un article récent sur la « vaccination en chirurgie ».

« Les salpingites, bien que leur bactériologie soit
« assez mal connue, apparaissent fournir une preuve
« de l'efficacité non spécifique des vaccins. Je n'avais
« pas pensé à employer le propidon contre ces affec-
« tions. C'est LEVEUF lorsqu'il était mon chef de cli-
« nique qui a eu cette idée. Dès le début, il employait
« de grosses doses... les résultats sont surprenants. De
« gros empâtements péri-salpingiens fondent en
« en quelques jours. » Pierre DELBET, *livre jubilaire*
du Professeur HARTMANN, p. 190.

Nous insistons sur ce fait que la dose employée doit être forte d'emblée : 4 centimètres cubes répétés 3 fois à 48 heures d'intervalle. Si les malades n'ont pas de réactions violentes, il est bon de chercher à les obtenir en augmentant la dose de vaccin : 6 et même 8 centimètres cubes.

A la suite de ce traitement, on observe d'une façon constante :

1^o Une disparition immédiate de la douleur, « mieux que sous l'effet d'une injection de morphine » ;

2^o La chute de la température ;

3^o Et localement, une diminution, rapide, dans la

plupart des cas, des phénomènes inflammatoires locaux.

L'effet du vaccin peut être prolongé en faisant 7 jours après la fin des 3 premières injections, de nouvelles piqûres à la dose de 2 centimètres cubes tous les deux jours.

Si au bout de 2 à 3 mois de ce traitement, l'état local des salpingites persiste sans grand changement et c'est presque toujours le cas des salpingites bilatérales, ayant entraîné une rétroversion fixée de l'utérus, les malades sont désignées pour l'intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Comme il s'agit de malades jeunes, le plus souvent, l'incision employée est l'incision transversale basse, sus-pubienne. Cette incision du point de vue esthétique est invisible, et d'autre part, elle a le grand avantage de donner une paroi extrêmement solide.

Dans un premier temps opératoire, temps de libération des annexes, on décolle avec une très grande douceur les annexes enflammées qui sont emprisonnées dans les adhérences. On ouvre parfois des collections séreuses ou purulentes.

Il faut éviter au cours de ces manœuvres de traumatiser une séreuse encore malade par des frottements intempestifs avec des compresses de gaze, en particulier.

Pour ménager l'endothélium péritonéal, les champs opératoires sont trempés dans du sérum physiologique tiède et les tamponnements (en cas d'hémorragies légères) sont faits avec des compresses de gaze imbibées de sérum.

La détermination dépend alors de l'état des annexes extériorisées à la suite de la libération :

Une trompe très distendue, un pyosalpinx volumineux sont enlevés sans hésitation.

Les trompes qui n'ont pas été trop malmenées dans le temps de libération des adhérences sont conservées à condition qu'on ait pu restaurer la perméabilité de leur ostium abdominal.

Les franges du pavillon qui adhèrent soit entre elles, soit à l'ovaire, soit au péritoine de voisinage sont décollées par des pressions douces. On arrive avec un peu d'habitude à les dérouler sans dommage ; en dernier, on rétablit avec soin dans son intégrité la grande frange tubo-ovarienne dont on a vu l'importance.

Il ne faut jamais cathétériser la trompe. C'est une manœuvre inutile et nuisible. VILLARD reconnaît son danger (*Paris médical*, 1928).

Dans les cas exceptionnels où l'on a trouvé des *nodules inflammatoires* sur les trompes, comme ils n'oblitérent pas toujours la lumière du conduit, on les a purement et simplement respectés.

Il est bien entendu que dans certains cas les annexes d'un côté étaient trop malades pour être conservées. On a fait la castration unilatérale. Il ne restait donc

qu'une trompe dont la perméabilité avait pu être restaurée. Ces cas présentent du reste un grand intérêt pour l'interprétation des résultats, en cas de grossesse en particulier.

Une fois la perméabilité tubaire restaurée il reste à remplir une indication primordiale qui est d'empêcher les trompes enflammées de tomber à nouveau dans le cul-de-sac de Douglas dont le péritoine est altéré et où de nouvelles adhérences pourraient se produire.

L'Hystéropexie : Pour éviter ces nouvelles adhérences le meilleur procédé consiste à faire une bonne hystéropexie. Au début, le procédé employé était celui de DOLERIS. Mais il a paru couder assez fortement les trompes ; cela n'a sans doute pas d'importance pour une trompe normale, mais pour une trompe malade, il importe d'éviter ces dispositions défectueuses.

Pour maintenir une trompe bien étalée on a tenté de faire une salpingopexie en fixant les trompes aux rebords du pelvis.

Mais ce temps complique l'intervention sans compter que les sutures de la trompe au péritoine représentent une disposition trop anormale pour être admise sans graves objections.

Le procédé le meilleur a paru être *l'hystéropexie isthmique*. Mais dans quelques cas le corps de l'utérus gros et mou à tendance à tomber en arrière et se place en rétroflexion sur l'isthme fixé à la paroi.

Pour cette raison M. LEVEUF s'est décidé à fixer franchement le corps de l'utérus à la paroi antérieure.

Mais comme son procédé de fixation est à juste titre d'ailleurs critiqué gravement par les accoucheurs, la fixation est faite d'une manière temporaire.

C'est-à-dire que les deux fils de fixation sont conduits à l'extérieur à travers toute la paroi abdominale et la peau et sont noués à l'extérieur sur un bourdonnet de gaze. Au bout de 15 jours, temps largement suffisant à la cicatrisation du péritoine pelvien, ces fils de fixation sont enlevés.

L'opération terminée, le ventre est refermé sans aucun drainage même si en cours d'opération des collections purulentes ont été ouvertes. Ceci est un point important, car la présence de tout corps étranger dans le péritoine facilite la production d'adhérences.

Les soins post-opératoires sont simples : glace sur le ventre pendant 48 heures, lavements chauds laudanisés pendant les premiers jours.

Il va sans dire que les malades une fois guéries de leur opération seront traitées pour les lésions génitales basses s'il y a lieu : endométrite, métrite cervicale, vaginite.

Elles seront traitées médicalement pour la constipation, la colibacillose cause certaine de réinfection.

2. Résultats de ces interventions

a) *Résultats immédiats.* Pour que cette chirurgie conservatrice soit acceptée il faut qu'elle comporte des chances très minimes de mortalité opératoire. En

fait : sur les 29 observations que nous rapportons, on a enregistré aucun cas de mortalité. Les suites opératoires ont toujours été simples alors même qu'on avait dû en cours d'opération évacuer des collections parfois importantes de pus franc et que les malades n'avaient absolument pas été drainées.

Nous devons avouer ici que ce n'est pas sans quelque appréhension que les non initiés voient fermer un ventre dans de pareilles conditions. La simplicité des suites opératoires rassure rapidement sur ce point.

b) *Résultats éloignés.* 29 malades ont été opérées suivant cette technique après un traitement médical de trois mois au maximum et n'ayant donné aucun résultat.

Les opérations qui ont été pratiquées sont les suivantes :

— Libération bilatérale des adhérences : 10 cas.

— Libération d'un côté, castration de l'autre : 10 cas.

— Libération d'un côté, salpingostomie de l'autre : 2 cas.

— Salpingostomie d'un côté, castration de l'autre : 6 cas.

— Salpingostomie bilatérale : 1 cas.

13 de ces observations ont été publiées dans la Thèse de PINTO, 1931.

Parmi ces interventions, on voit que l'on a été obligé de faire plusieurs fois des salpingostomies.

Ces cas correspondent aux premières observations

dans lesquelles la date de début n'a pas été précisée d'une façon aussi rigoureuse que par la suite et où il a fallu accepter sans discussion la date de début indiquée.

On a pu suivre à longue échéance 25 de ces opérées.

23 sont restées guéries.

2 ont subi une hystérectomie : l'une dans le service. L'autre, récemment, dans un service voisin (ce cas est postérieur à la communication de M. LEVEUF à la Société de chirurgie).

18 malades ont pu être étudiées du point de vue de la persistance de la perméabilité tubaire. 6 sont devenues enceintes.

Parmi celles-ci : 2 ont mené leur grossesse, à terme ; 1 grossesse a été vue en évolution ; 3 ont fait une fausse couche (2 de ces fausses-couches ont été vérifiées dans le service).

1 a été curettée en ville par un médecin (foetus constaté).

Chez les douze autres la perméabilité des trompes a été vérifiée par l'injection de lipiodol.

11 fois le lipiodol a passé franchement dans le péritoine. Une seule fois le résultat a été douteux parce que l'utérus contracté de manière spasmodique refoula le lipiodol aussitôt que la cavité utérine commençait à être distendue.

Enfin, dans cette série de malade, deux fois une opération itérative pratiquée pour diverses raisons un an et demi après la première intervention a montré que les adhérences libérées ne s'étaient pas repro-

duites et que les annexes avaient repris leur aspect normal.

3^o Valeur comparée des résultats fournis par les différentes méthodes du traitement

A) LE TRAITEMENT MÉDICAL a été récemment encore défendu par M. ANSELME SCHWARTZ (Société nationale de chirurgie, séance du 27 avril 1932).

Il est incontestable que ce traitement est capable de procurer la guérison des phénomènes inflammatoires d'une salpingite, bien qu'il faille souvent le prolonger pendant des mois et même des années pour parvenir à un bon résultat.

Mais le point important en définitive est d'apprécier la proportion et la qualité des guérisons ainsi obtenues. M. SCHWARTZ ne fait état dans sa communication que des malades de ville dont il a observé 151 cas sur lesquels aucun n'a été opéré et où 30 grossesses ultérieures ont été enregistrées.

La proportion de grossesse est ici de 20 %.

C'est une proportion assez forte qu'il convient d'interpréter.

Nous n'avons guère, en effet, d'autre moyen d'apprécier la valeur d'un traitement que l'étude des statistiques et leur critique raisonnée.

Or, les statistiques publiées comportent des différences considérables qui tiennent en grande partie aux circonstances dans lesquelles elles ont été recueillies.

Les chiffres publiés par M. SCHWARTZ n'échappent pas à cette critique puisqu'ils se rapportent exclusivement aux malades d'une classe aisée qui se font soigner en général, dès le début d'une crise de salpingite aussi légère qu'elle puisse être.

Au demeurant ce point a été très bien discuté par M. Mocquot à la société de chirurgie. Après avoir rappelé les écarts entre les chiffres publiés, M. Mocquot a admis que la statistique établie dans les conditions les plus valables paraît être celle de WESSEL qui porte sur toutes les malades d'un district du Danemark. Ces malades étaient, en effet, obligées de par l'organisation médicale de venir se faire soigner à l'hôpital régional.

Le chiffre des grossesses enregistrées par WESSEL à la suite du traitement médical est de 15 %. Mais cette statistique même pour impartiale qu'elle soit doit encore être interprétée pour pouvoir être comparée avec quelque justice à la statistique que nous apportons.

« Dans ces statistiques il y a des cas de toute sorte et souvent même les plus graves sont éliminés parce que traités par l'opération.

Il est bien certain qu'une grande partie sinon la plupart sont des cas légers pour lesquels il n'a jamais été question d'opération. »

(Mocquot, Société nationale de chirurgie, 13 avril 1932).

Enfin et surtout, on fait certainement entrer dans ces statistiques médicales, des erreurs de diagnostic.

« Il n'est pas facile d'établir par l'examen clinique l'anatomie pathologique des lésions pelviennes et tous, nous ne comptons plus les surprises qu'à cet égard nous réserve l'intervention » (Mocquot, 13 avril 1932).

Aussi comment peut-on affirmer, lorsque aucun contrôle opératoire n'a été fait, que de gros pyosalpynx doubles aient complètement guéri avec grossesse ultérieure.

Il a du rentrer dans ces statistiques un certain nombre de pelvipéritonites, de phlegmons du ligament large qui ont régressé.

Nous avons déjà discuté à propos de l'étiologie, les lésions de lymphangite dues au streptocoque et que l'on englobe à tort dans les lésions utéro-salpingiennes. Nous avons vu qu'il s'agit de lésions bien spéciales tout à fait différentes, du point de vue topographique et du point de vue pronostic pour la perméabilité des trompes.

Par contre, nous devons faire remarquer la valeur des statistiques que nous apportons : les cas retenus dans ce travail sont exclusivement ceux dans lesquels on a constaté à l'opération des lésions bilatérales avec oblitération des trompes.

Il n'y a donc place à aucune erreur ni sur le diagnostic de la topographie des lésions ni sur l'appréciation de leur gravité.

Enfin, la presque totalité des malades opérées ont été suivies à longue échéance.

Cette statistique comporte deux critères du rétablissement de la perméabilité des trompes :

1^o *La proportion de grossesses ultérieures*, critérium indiscutable, qui est ici de 24 %, chiffre déjà supérieur à la proportion des statistiques médicales.

2^o *La constatation de la perméabilité tubaire* au moyen d'injection de lipiodol dans 12 cas. Ces cas ajoutés aux grossesses donnent une proportion de perméabilité tubaire restaurée après l'opération de 72 %.

Ces constatations ne sont pas à négliger étant donné qu'on a affaire à des malades d'une classe sociale où on ne désire en général pas avoir d'enfants. Or quelques grossesses ont été enregistrées chez des femmes qui se croyaient de par l'opération chirurgicale à l'abri de tous risques de fécondation.

B) LE TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR APRÈS TRAITEMENT MÉDICAL PROLONGÉ

La statistique la plus importante a été publiée par LABRY dans sa Thèse (Lyon, 1926).

Il rapporte en bloc 81 opérations conservatrices pour salpingite effectuées dans le service de M. VILLARD.

Toutes leurs malades ont été soumises à un traitement médical préalable.

La durée de ce traitement médical pré-opératoire n'est pas toujours spécifié d'une manière exacte ; à aucun moment, en effet, ces auteurs ne font intervenir le facteur « temps écoulé » dans le pronostic des interventions conservatrices.

Mais en lisant les observations avec attention nous pouvons admettre que sur 74 interventions il y en avait 19 faites précocément.

Prises en bloc ces 81 interventions ont donné 74 bons résultats, 4 résultats médiocres, 3 échecs. Cela démontre la valeur de ces observations au point de vue de la guérison de ces salpingites proprement dites. Mais ce n'est pas le point que nous étudions ici en particulier. En ce qui concerne la restauration de la fonction de reproduction on trouve que les 74 bons résultats ont été suivi 6 fois de grossesse.

Mais nous devons remarquer les deux points suivants : le premier, est que toutes les observations de la thèse de LABRY ne concernent pas des salpingites ; le deuxième, très important à nos yeux, est l'interprétation des résultats favorables de M. VILLARD en nous basant sur la précocité des interventions.

Sur les 6 cas de grossesses :

1 cas concerne une salpingite ancienne.

5 cas répondent certainement à des interventions précoces comme le montre le résumé des observations.

1) *Observation 9* : l'intervention est faite 3 mois après une fausse couche.

Accouchement un an après.

2) *Observation 11* : salpingite datant de 5 mois environ, signes de gravidité 6 mois après l'intervention.

3) *Observation 61* : salpingite post abortum datant de 3 mois. Lésions supprimées.

Signes de grossesses un an après l'intervention.

4) *Observation 66* : salpingite s'accompagnant de lésions d'allure récente.

Grossesse 6 mois après l'intervention.

5) Enfin, l'observation 71, détaillée par VILLARD au Congrès de chirurgie de 1926.

Cette très belle observation concerne une malade atteinte de salpingite vraisemblablement gonococcique, avec lésions suppurées, opérée 1 mois 1/2 après le début des accidents, et qui 6 mois après devenait enceinte.

Ainsi dans la thèse de LABRY qui représente le seul travail important sur la chirurgie conservatrice, nous voyons qu'une seule fois la grossesse a été obtenue par des interventions tardives alors que cinq cas de succès ont couronné des interventions précoces.

Nous sommes heureux de constater que les résultats obtenus par M. VILLARS ainsi interprétés apportent un appui sérieux à notre thèse.

Dans une récente statistique, BACHY publie des résultats très satisfaisants, mais le moment de l'intervention n'est pas précisé.

Cette statistique, par contre, montre la valeur de la pexie dans les interventions conservatrices.

Enfin, rappelons ici que la statistique de M. LEVEUF, restauratrice d'opérations effectuées après traitement médical prolongé, a montré d'une façon évidente les résultats décevants de cette chirurgie tardive.

Sur 24 opérées (une partie des observations ont été publiées dans la Thèse de PINTO, 1931), il n'y a eu aucune grossesse.

5 malades ont du subir une hystérectomie ultérieure.

3 radiographies utérines seulement ont montré le passage du lipiodol dans le péritoine.

En résumé, nous voyons qu'il est assez difficile d'interpréter les résultats du traitement médical des salpingites : en renonçant même à écarter les cas légers et les erreurs de diagnostic que contiennent ces statistiques, on doit admettre que le chiffre de 15 % représente à peu près, la proportion de grossesses obtenues après ce traitement.

Pour ce qui est du résultat du traitement chirurgical conservateur, il faut avouer que nous ne possédons aucun document valable du point de vue statistique en dehors de la Thèse de LABRY et des observations de LEVEUF publiées dans la Thèse de PINTO et dans la nôtre. Or, ces observations prouvent à l'évidence que les tentatives de conservation pratiquées sur les salpingites anciennes donnent des résultats franchement médiocres, et même presque nuls au point de vue grossesses ultérieures.

Par contre, lorsque les salpingites ont été opérées de manière vraiment précoce (aux environs du 3^e mois comme nous l'admettons) on enregistre un nombre important de grossesses malgré la gravité des salpingites, dûment établie au cours de l'opération.

Statistique LEVEUF : 25 opérées, 6 grossesses.

Statistique VILLARD : sur 6 grossesses, 5 concernent des salpingites récentes.

En toute logique, on doit conclure que dans le traitement des salpingites, si l'on se place du point de vue de la restauration de la perméabilité tubaire, on

ne doit pratiquer des interventions que sur des salpingites relativement récentes. Cette proposition formulée par M. LEVEUF à la Société de chirurgie a soulevé des critiques qu'on peut résumer ainsi :

Les uns ont objecté que ces interventions dans les salpingites précoces aggraveraient les lésions. Les autres ont soutenu que ces interventions précoces étaient vraisemblablement inutiles et que rien ne prouve que ces mêmes malades traitées d'une manière médicale n'auraient pas donné le même nombre de succès.

La première opinion est celle de M. BAZY qui pense que ce malaxage opératoire de lésions inflammatoires récentes ne peut avoir qu'une influence défavorable sur l'évolution des adhérences.

M. Mocquot a répondu à cette critique en faisant un judicieux parallèle entre salpingite et appendicite. « Mon maître, DELBET m'a appris que dans les appendicites il y a, une dizaine de jours après le retour de la température à la normale, une période pendant laquelle il existe une sorte d'immunité locale, qui d'ailleurs ne persiste pas, mais qui permet d'opérer même sur des lésions inflammatoires sans crainte de les voir se réchauffer, et j'ai bien des fois constaté l'exactitude de cette notion. »

(Mocquot, *S. chir.*, 13 avril 1933).

Ajoutons à la comparaison donnée par M. Mocquot les résultats que l'on obtient par l'évacuation d'un abcès appendiculaire par incision simple, sans ablation, de l'appendice. L'abcès a déterminé par

définition des adhérences péritonéales sérieuses. Or, on peut constater au cours d'une intervention faite 2 à 3 mois après, pour enlever l'appendice que les adhérences péritonéales ont disparu souvent même d'une manière complète.

Nous remarquerons, en outre, que toutes ces salpingites opérées ont été vaccinées par le propidon, ce qui ajoutait certainement à l'état d'immunité des malades. D'autre part, il s'agit dans la plupart des cas, de salpingites gonococciques et l'on sait que la virulence de ces microbes diminue assez rapidement. Il n'est pas inutile de rappeler que le traitement chirurgical de séreuses articulaires, telles que celle du genou, envahies par le gonocoque a permis d'obtenir de beaux résultats au point de vue de la récupération des mouvements de l'articulation.

Mais nous voudrions retenir surtout que l'intérêt de cette chirurgie consiste à placer les trompes atteintes de salpingite dans des conditions où elles peuvent achever leur guérison.

Notre étude tend à montrer que les facteurs de succès les plus importants sont :

1^o La précocité de l'opération restauratrice.

2^o La nécessité de faire une hystéropexie.

1^o L'expérience a montré que des salpingites libérées sans traumatisme sérieux du cul-de-sac de Douglas où elles sont emprisonnées dans des adhérences et placées en péritoine sain, au milieu d'anses grêles mobiles guérissent dans une proportion satisfaisante en conservant la perméabilité reconstituée.

Le facteur important était de fixer le moment où l'on pourrait libérer aisément ces trompes sans risquer de provoquer un réveil de l'infection.

Les observations que nous publions montrent que c'est vers le troisième mois que l'on peut fixer ce moment favorable, puisqu'à cette époque la présence même de collections suppurées ne s'oppose pas à la conservation des annexes et à la fermeture du ventre sans drainage, à la condition expresse qu'un traumatisme opératoire intempestif ne soit pas venu aggraver l'état des trompes que l'on veut conserver.

Ce chiffre de 3^e mois n'a pas été proposé d'une manière arbitraire. Il a été établi par l'étude des observations et ce point est l'objet principal de la Thèse de PINTO.

2^o Le deuxième point que nous voulons mettre en évidence est la nécessité de faire une *hystéropexie* après avoir libéré les trompes.

En se tenant à des arguments purement objectifs du point de vue de la restauration de la perméabilité tubaire on voit que : les grossesses ultérieures correspondent dans la majorité des cas aux interventions terminées par une pexie.

LABRY dans sa Thèse a insisté sur ce point capital. Les échecs correspondent le plus souvent à des cas où l'on avait pas fait de pexie.

BACHY, dans une récente statistique (25 janvier 1933) a obtenu deux fois plus de grossesses en faisant une fixation de l'utérus.

Les observations que nous rapportons sont également formelles sur ce point.

La deuxième objection, soutenue par Brocq en particulier (*Soc. nat. chir.*, 6 avril 1932) est que les malades opérées par LEVEUR auraient vraisemblablement guéri par un traitement médical.

Cet argument n'aurait une valeur réelle que si toutes les salpingites guérissaient par un traitement médical. Mais chacun sait qu'il est loin d'en être ainsi. Il faut donc chercher un critérium qui permette d'apprécier quelles sont les salpingites qui ont le moins de chances de guérir spontanément, étant bien entendu que ce mot de guérison implique dans notre esprit la récupération de la perméabilité des trompes. M. LEVEUR avait cru se mettre à l'abri de tout reproche en s'attaquant aux formes de salpingites considérées comme les plus graves : salpingites doubles avec rétroversion fixée de l'utérus et en ne retenant que les observations où la gravité réelle des lésions avait été vérifiée par l'intervention.

Prétendre qu'aucune de ces salpingites n'auraient pu guérir par un traitement médical serait peut-être excessif. Mais qui oserait affirmer sérieusement le contraire. Il faut bien pour apprécier les résultats s'en tenir à une opinion générale et le fait d'admettre que les salpingites récentes qui ont déterminé des adhérences étendues sont celles, qui donneraient plus tard des salpingites très adhérentes, n'a rien que de très naturel. C'est pourquoi il est difficile de tenir compte des objections formulées par M. Brocq.

Pour terminer cette discussion nous ne pouvons faire mieux que de citer intégralement la conclusion apportée par M. Mocquot à la Société de chirurgie :

« Les résultats que nous a apporté LEVEUF me
« paraissent des plus intéressants et des plus remar-
« quables et je souhaite que de nouvelles tentatives,
« faites dans des circonstances où le traitement médi-
« cal si bien conduit qu'il soit ne saurait permettre
« d'espérer le retour des fonctions et dans des con-
« ditions telles qu'elles ne puissent exposer les ma-
« lades à des dangers sérieux, nous apportent la
« confirmation des espoirs qu'ils font naître. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme S..., 29 ans, 1928.

Hospitalisée pour salpingite aiguë dont le début remonte à 20 jours environ.

A l'examen : Rétroversion fixée avec masses annexielles, non améliorée par le traitement médical et la vaccinothérapie.

Intervention : Rétroversion fixée.

Les trompes sont encapuchonnées dans des adhérences. Libération des adhérences.

Les pavillons sont rendus perméables.

Hystéropexie et salpingopexie bilatérale.

Résection du nerf pré-sacré.

Revue 3 ans 1/2 après cette malade se considère guérie.

L'utérus est en légère rétroversion.

Radio-interne : Le lipiodol passe des deux côtés en abondance.

OBSERVATION II

Mme D..., 25 ans, 1930.

Entre pour crise de salpingite récente, a fait une F. C. un an auparavant. Pertes jaunâtres depuis ce moment.

A l'examen : Salpingite bilatérale plus accentuée à gauche et rétroversion fixée.

Interventions : Rétroversion fixée. Annexes enfouies dans des adhérences vélamenteuses.

Libération facile des annexes.

L'orifice des trompes est oblitéré : on parvient à décoller les franges du pavillon et à découvrir l'ostium abdominal.

Les trompes sont épaissies et très enflammées. Hystéropexie isthmique.

Revue 6 mois après, cette malade a un retard de règles datant de un mois ; douleurs abdominales vives.

Au toucher on croit percevoir une masse de consistance molle dans le Douglas. On pense à une grossesse extra-utérine.

Ponction au Douglas qui ramène un liquide clair. 2 jours après, métrorragie. Fausse couche. Le curettage ramène un placenta.

OBSERVATION III

Mme L..., 27 ans, 1928.

Salpingite ayant débuté 20 jours auparavant. Crise de gonococcie nette il y a 3 semaines avec plis péritonite.

A l'examen : Rétroversion fixée, salpingite bilatérale.

Intervention : Annexes enfouies dans le Douglas.

Nombreuses adhérences avec le grêle et l'appendice.

Décollement assez facile et sans hémorragies. La perméabilité du pavillon peut-être rétablie des deux côtés.

Hystéropexie isthmique avec deux fils de soie.

Interposition d'épiploon entre l'appareil annexiel et l'intestin. L'épiploon est fixé par quelques points dans le Douglas.

Revue deux mois après. Rien d'anormal au toucher.

On fait une radio : La trompe gauche est perméable, la trompe droite distendue ne laisse pas passer le lipiodol.

1 an après, elle fait une pyélonéphrite droite. Une urétéro-pyélographie montre une coudure de l'uretère droit.

On intervient : Légères adhérences de l'épipleon facilement libérées.

L'ostium abdominal de la trompe droite est perméable.

L'uretère n'est ni coudé, ni comprimé.

Enucléation de deux petits fibromes de l'utérus.

Revue 6 mois après cette seconde intervention le lipiodol passe des deux côtés.

18 mois après : *Grossesse* certaine de 3 mois environ.

La malade fait une fausse-couche et ne revient pour la dernière fois que 8 mois après. Nouvelle radio : le lipiodol passe abondamment à droite.

OBSERVATION IV

M^{me} L..., 27 ans, 1927.

Crise de salpingite datant de 2 mois 1/2 environ, 2 accouchements en 1920 et 1925 avec une fausse-couche intercalaire.

A l'examen : Rétroversion adhérente et salpingite bilatérale.

Interventions : Libération des annexes dont les ostiums abdominaux sont rendus perméables après libération des adhérences.

Doleris : fixation des annexes aux rebords du bassin.

Accouchement d'une fille 2 ans 1/2 après.

Revue 4 ans après, état local parfait mais dysménorrhée persistante.

Intervention : trompes normales et perméables. Résection du nerf pré-sacré.

OBSERVATION V

M^{me} B... Denise, 22 ans, 1931.

Crise de salpingite datant d'un mois.

A l'examen : Rétroversion fixée avec masses annexielles, plus grosse à droite.

Améliorée incomplètement par le repos et la vaccinothérapie.

Intervention : Rétroversion adhérente aux longues membranes lâches manifestement gonococciques.

Libération des trompes qui sont encapuchonnées dans des adhérences.

Les orifices tubaires sont rendus perméables ; mais grosse salpingite.

Péritoine rouge et saignant.

Hystéropexie temporaire.

Suites opératoires sans incidents.

Revue 8 mois après.

Règles normales.

Rétroversion reconstituée.

Le lipidol injecte les trompes mais passe assez difficilement dans le péritoine.

OBSERVATION VI

M^{me} Le B... Marcelle, 19 ans, 1931.

Crise de salpingite datant de 6 semaines.

Le traitement médical améliore incomplètement bien que poursuivi pendant 5 semaines.

Interventions : Rétroversion adhérente avec longs filaments. Trompes bombées. Libération assez facile.

A droite : Trompe infiltrée mais relativement perméable.

A gauche : Trompe très malade. Infiltration au pa-

villon avec reliquat d'un abcès tubo-ovarien. Gros nodule inflammatoire au niveau de l'isthme de la trompe.

Hysteropexie temporaire.

Revue deux mois après, le lipiodol ne passe pas dans le péritoine mais atteint le pavillon des trompes.

8 mois après, état local parfait.

Utérus en bonne position.

Le lipiodol injecte les 2 trompes et [passe en totalité dans le péritoine.

OBSERVATION VII

M^{me} W... Suzanne, 25 ans, 1930.

Crise de salpingite datant de un mois.

A l'examen on trouve une annexite bilatérale plus marquée à droite.

Intervention : Trompe droite adhérente à l'S iliaque complètement bouchée. Elle est libérée et devient perméable.

Trompe gauche recroquevillée dans le Douglas, oblitérée, après libération, l'orifice est cathétérisable.

Revue 9 mois après : bon état général et local. Elle refuse une radio utérine.

OBSERVATION VIII

M^{me} H... Simone, 22 ans.

Crise de salpingite gauche, 15 jours avant son entrée le 30 octobre 1928.

A eu un enfant. Pas de FC.

A l'examen le 2 novembre : Grosse masse rétro-utérine. le 18 novembre : Utérus en rétroversion complète, et salpingite bilatérale.

Intervention le 11 décembre 1928 :

Rétroversion avec salpingite double adhérente. Salpingolysis.

Hystéropexie isthmique.

Revue le 14 décembre 1931 : La malade est en excellent état, ne souffre pas.

OBSERVATION IX

Mme W... Jeanne, 27 ans, 1931.

Crise de salpingite datant de 2 mois traitée médicalement.

La malade revient 15 jours après pour une nouvelle crise, à l'examen on trouve une salpingite double plus marquée à droite.

Intervention : Rétroversion adhérente avec oblitération complète des trompes.

Trompe droite épaissie avec nodules isthmiques.

Suture et ligature de l'ovaire décollé accidentellement de son méto.

Trompe gauche, libérée plus facilement. Orifice tubaire étroit.

Hystéropexie.

Revue 4 mois après : Etat local parfait. Refuse une radio utérine.

OBSERVATION X

Mme B..., 23 ans, 1929.

Crise de salpingite consécutive à une fausse couche récente.

Hystéropexie il y a un an. A l'examen on trouve une salpingite bilatérale.

Intervention : Annexes enfouies dans des adhérences.

La pexie n'a pas tenu.

A gauche, abcès de l'ovaire : castration.

A droite, libération de la trompe.

Hystéropexie isthmique.

Revue 1 mois après : le lipiodol passe largement dans le péritoine.

OBSERVATION XI

Mme R..., 18 ans, 1930.

Salpingite datant de deux mois. A l'examen on trouve :

Une rétroversion fixée avec volumineuse salpingite bilatérale.

Intervention : Rétroversion fixée. Libération des adhérences.

A droite : Salpingite grave : castration.

A gauche : L'ostium abdominal est rendu perméable par la libération des adhérences.

Hystéropexie.

Revue 2 mois après : le lipiodol passe largement dans le péritoine.

OBSERVATION XII

Mme D... Angèle, 26 ans, 1930.

Fausse couche curettée 2 mois avant.

A l'examen :

Masse salpingienne gauche.

Intervention : Grosse salpingite suppurée gauche, pus fétide, libération pénible de la trompe. Ablation de celle-ci.

Trompe droite distendue par du liquide clair, complètement cachetée.

Libération des adhérences du pavillon à l'ovaire, l'orifice

tubaire n'est pas large (2 millimètres). Péritonisation soigneuse. Fermeture sans drainage.

Revue un an après, très bon état local et général. Le lipiodol passe largement dans le péritoine.

OBSERVATION XIII

Mme S... Christiane, 18 ans.

Crise de salpingite aiguë 10 jours avant son entrée (29 juin 1931). Température : 39°-39°5.

A l'examen : salpingite bilatérale plus marquée à droite, Rétroversion fixée avec douleur dans le cul-de-sac gauche.

Opération le 8 août 1931 :

Rétroversion adhérente fixée.

Salpingolysis au doigt, facile, ~~ne saignant pas~~.

La trompe droite adhérente à la face postérieure de l'utérus est très altérée : salpingectomie.

La trompe gauche est épaissie, d'aspect inflammatoire, l'ovaire est rouge et friable, sans lésion suppurée. La trompe est rendue perméable à son pavillon. Hystéropexie temporaire isthmique au fil de soie.

Revue 4 mois après, le lipiodol passe abondamment dans le péritoine.

OBSERVATION XIV

Mme G... Françoise, 41 ans.

Entrée en 1929, le lendemain d'une crise pelvienne aiguë.

Pertes blanches et métrite depuis 2 mois environ.

Intervention : Salpingite double adhérente à l'épiploon.

Libération des adhérences.

A gauche : hémostase impossible : castration.

A droite : trompe inflammatoire, le pavillon est rendu perméable.

Hystéropexie isthmique aux fils de soie.

Quelques mois après, nouvelle crise de salpingite soignée à l'Hôtel-Dieu.

En 1932, retard de règles de 2 mois et jausse couche, vue par un médecin qui fait un curettage (fœtus constaté).

OBSERVATION XV

M^{me} G..., 42 ans.

Crise douloureuse pelvienne avec métrorragies, 8 jours avant son entrée, le 7 octobre 1927.

Intervention le 25 octobre.

Annexite droite suppurée : castration.

Trompe gauche augmentée de volume mais perméable après décollement des franges du pavillon, un petit kyste de la trompe est enlevé.

Examen du pus : amicrobien.

Revue le 15 novembre 1931.

État général et local parfait.

La Radio utérine ne donne pas de renseignements positifs car l'utérus spasmodique rejette le lipiodol.

OBSERVATION XVI

M^{me} R..., 22 ans, 1929.

Entre pour crises douloureuses pelviennes avec métrorragies semblant dater de moins de 3 mois. F. C. il y a 4 ans.

A l'examen : on trouve une rétroversion fixée avec une salpingite bilatérale.

Intervention : à droite trompe distendue par un pyotalepynx. On fait une castration.

A gauche : la trompe est en meilleur état avec un ostium que l'on peut dégager.

Hystéropexie isthmique avec 2 fils de soie.

Revue deux ans après. Elle accuse quelques pertes rouges. L'état local ne justifie pas une intervention.

On apprend par la suite que, entrée dans un service voisin, on lui a fait une hystérectomie.

OBSERVATION XVII

M^{me} D..., 19 ans, 1927.

Salpingite datant de 2 mois, consécutive à une fausse couche. A l'examen on trouve une rétroversion fixée avec salpingite bilatérale.

Intervention : A gauche pyosalpynx volumineux, ablation.

A droite, pavillon fixé à l'ovaire et distendu par une collection. Libération des franges qui laisse écouler une notable quantité de pus.

L'ostium abdominal est rendu perméable.

On trouve deux nodules inflammatoires sur l'isthme.

Hystéropexie isthmique au catgut.

Revue 1 an après, grossesse de 4 mois. Accouche à terme d'un enfant normal.

2 ans après : grossesse de 2 mois 1/2, fausse couche.

OBSERVATION XVIII

M^{me} D...

Opérée d'urgence le 14 février 1930 pour crise aiguë pelvienne.

Fausse-couche de un mois, faite quinze jours avant l'opération.

Intervention : péritonite en voie de diffusion, ayant pour point de départ une salpingite gauche, l'autre trompe est bouchée, mais est respectée. 2 drains et une mèche.

Revue 22 mois après. Tout est normal, le lipiodol passe largement dans le péritoine.

OBSERVATION XIX

M^{me} K..., 25 ans, 1929.

Crise de salpingite datant d'environ 2 mois.

À l'examen : Rétroversion fixée avec salpingite bilatérale.

Intervention : adhérences diffuses bloquant les annexes, l'appendice et une portion de l'iléon. Libération facile.

À droite : ovaire kystique, résection ; libération de l'ostium abdominal.

À gauche : ostium cacheté. Salpingostomie. Hystéropexie isthmique au lin.

Revue 7 mois après : le lipiodol passe largement dans le péritoine des 2 côtés et plus à gauche. 19 mois après : se considère toujours comme guérie.

OBSERVATION XX

M^{me} H..., 20 ans, 1929.

Salpingite datant de un mois environ.

À l'examen : Rétroversion fixée avec salpingite bilatérale plus marquée à droite.

Intervention : 2 mois après le début. Libération assez facile, trompes distendues.

À droite : trompe cachetée, salpingostomie.

À gauche : l'ostium abdominal peut être libéré.

Revue 8 mois après : légère poussée de salpingite qui cède au propidon.

18 mois après : le lipiodol passe dans le péritoine, trompe gauche bien dessinée.

OBSERVATION XXI

M^{me} Cl., 38 ans, 1927.

Crise de salpingite ayant débuté il y a environ 3 mois.

Métrite soignée depuis 3 ans.

Rétroversion fixée avec salpingite bilatérale plus marquée à droite.

Traitement médical sans résultat.

Intervention : adhérences diffuses avec l'intestin.

A droite : pyosalpinx; castration de ce côté.

A gauche : ostium abdominal fermé, salpingostomie et fixation de la trompe au rebord pelvien.

Revue un an après : salpingite gauche, hystérectomie.

OBSERVATION XXII

M^{me} Ch., 24 ans, 1927.

Crise de salpingite ayant débuté trois semaines auparavant.

Accouchement normal il y a 5 ans.

A l'examen : Rétroversion fixée avec salpingite bilatérale. Radio utérine : le lipiodol ne passe pas.

Intervention, à droite : libération des annexes, très difficile. Castration et péritonisation soigneuse.

A gauche : trompe volumineuse, distendue par le lipiodol. Ostium bouché : salpingostomie.

Revue 3 ans et 7 mois après, bon état local, mais refuse une radio utérine.

OBSERVATION XXIII

Mme B..., 25 ans, 1927.

Crise de salpingite datant d'un mois et demi.

Un accouchement il y a 7 ans et deux fausses-couches.

A l'examen : on trouve une rétroversion fixée avec volumineuse salpingite bilatérale.

Intervention : libération facile.

A droite : volumineux pyosalpynx. Castration.

A gauche : ostium abdominal rétréci. Salpingostomie.

On ne fait pas d'hystéropexie.

Revue 4 ans après : se considère guérie. Cependant on trouve une rétroversion fixée. Annexes gauches perceptibles et douloureuses. Refuse une radio utérine.

OBSERVATION XXIV

Mme R..., 26 ans.

Salpingite datant de 2 mois.

A l'examen : rétroversion fixée avec salpingite bilatérale.

Intervention : libération facile.

A droite : pyosalpynx, ablation de la trompe.

A gauche : pavillon non perméable. Salpingostomie.

Revue 1 mois après : le lipiodol passe dans le péritoine.

2 ans après : Retard de règles de 2 mois. Grossesse évidente revue à 3 et 4 mois.

OBSERVATION XXV

Mme B..., 28 ans, 1930.

Crise de salpingite ayant débuté 15 jours avant. Fausse couche et 2 accouchements normaux.

Vaginite et métrite ayant débuté il y a un an.

A l'examen : rétroversion fixée. Salpingite bilatérale, plus volumineuse à droite.

Intervention : rétroversion fixée, annexes enfouies dans des adhérences. Les trompes libérées sont très épaissies. L'ostium abdominal ne peut être libéré. Salpingostomie des 2 côtés. Hystéropexie isthmique.

Revue 2 mois après : rien d'anormal au toucher, le lipiodol passe des deux côtés.

CONCLUSIONS

1^o Le traitement idéal d'une salpingite a pour but de guérir les lésions inflammatoires, tout en conservant la perméabilité des trompes, nécessaire à la fonction de reproduction.

2^o Le traitement médical longtemps prolongé guérit un grand nombre de salpingites, mais n'est suivi de grossesses que dans une moyenne de 15 % des cas ; étant bien entendu que sont comprises, dans les statistiques médicales, les atteintes légères des trompes et quelques erreurs de diagnostic.

3^o Les tentatives de chirurgie restauratrice de la perméabilité tubaire n'ont été pratiquées jusqu'ici que sur des salpingites refroidies par un traitement médical prolongé.

Au point de vue des fonctions de reproduction, les résultats sont à peu près nuls.

Les échecs proviennent surtout de la difficulté qu'on éprouve à libérer les annexes adhérentes et à rétablir par un procédé simple la perméabilité des trompes.

4^o Au contraire, une opération relativement précoce, permet une libération facile des trompes adhérentes et le rétablissement de la perméabilité du pavillon tubaire.

Ainsi s'explique que dans nos statistiques, les résultats les meilleurs aient été obtenus au moyen d'interventions précoces faites aux environs du 3^e mois.

Ces résultats éloignés que nous apportons sont basés sur le pourcentage de grossesses : 24 %, sur le rétablissement pour ainsi dire constant de la perméabilité des trompes au lipiodol, et sur deux vérifications, au cours d'opérations itératives, de l'état des trompes conservées. Ils montrent l'efficacité de cette chirurgie restauratrice précoce faite sur des salpingites bilatérales avec oblitération des trompes et qui dataient de moins de trois mois.

Nos observations établissent que de telles interventions ont été pratiquées sans déterminer une reprise des accidents infectieux et sans aucune mortalité opératoire.

5^o Nous ne prétendons proposer ces interventions précoces que pour les salpingites réputées graves, qui

ont résisté à la vaccination et au traitement médical prolongé pendant moins de trois mois.

Le critère le plus sûr de la gravité des lésions est pour nous l'existence d'une salpingite double avec rétroversion fixée de l'utérus.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu :

Le Président de la Thèse,

LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Il nous est impossible de donner une bibliographie complète. Nous ne signalerons que les travaux auxquels il est fait allusion dans cette thèse.

COTTE. — *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.*

DELBET. — *Traité des suppurations pelviennes.*

DOUAY. — *Rapport du Congrès de Gynécologie, 1923.*

FAURE (Jh.) et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie.*

FORGUE et MASSABIAU. — *Traité de Gynécologie.*

FORGUE et GRYENFELT. — Contribution à l'étude de l'oblitération de l'orifice abdominal des trompes dans les salpingites (*Bull. Acad. de méd.*, 3^e série, t. XC, n^o 33, 9 octobre 1923, p. 156).

GOULLIoud. — Salpingolysis pour stérilité : grossesse consécutive (*Lyon méd.*, 29 mars 1914, t. CXXII, n^o 13, p. 685).

LABRY. — *Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales* (Th. Lyon, 1926).

LABRY et VILLARD. — *Paris Médical*, 1928.

R. ROUVILLE et MOCQUOT. — *Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des Annexes.* Rapport au XXXV^e Congrès de Chirurgie, 9 octobre 1926.

LEVEUF. — La Restauration de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales avec oblitérations des trompes (*Soc. nat. chirurgie*, 3 février 1932).

MOULONGUET. — *Les diagnostics de P. Lecène*, t. II.

BROCQ. — *Société de chir.*, 6 avril 1932.

SCHWARTZ. — Du traitement des salpingites (*Soc. nat. ch.*, 27 avril 1932).

MÉTIVET. — *Société nat. de chir.*, 17 février 1932.

MOCQUOT. — Du traitement des salpingites (*Soc. ch.*, 13 avril 1932).

PINTO. — Th. Paris, 1931. *Du rétablissement de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales avec oblitération des trompes.*

BACHY. — A propos du traitement des salpingites (*Soc. chir.*, 27 janvier 1933).

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 26-6-1933
